Aus d. Pſychiatriſchen- u. Nervenklinik d. Univerſität Erlangen
(Vorſtand: Direktor Profeſſor Dr. med. Fr. Meggendorfer)

Ein erbgesundheitsgerichtlich bemerkenswerter Fall von Epilepsie.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Alexanders-Univerſität zu Erlangen

vorgelegt von

Karl Scherschlicht
aus Lebach/Saar

Tag der mündlichen Prüfung: 31. März 1939.

Buchdruckerei Robert Windsheimer, Erlangen-Bruck.
1939

1939 №199

Referent: Profeſſor Dr. Fr. Meggendorfer
Dekan: Profeſſor Dr. Greving.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Zum Gedenken
meines verſtorbenen Vaters!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41533919_0053

Im Vordergrund der Erörterungen von Erbkrankheiten auf Kongreſſen, als Thema für Monographien und wiſſenſchaftliche Abhandlungen ſteht z. Zt. die Epilepſiefrage. Naturgemäß wirkt hierfür am ſtärkſten anregend das Geſetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchſes. Hauptgrund dürfte aber wohl ſein, daß bisher Symptome und Krankheit nicht getrennt betrachtet und die ihnen zukommenden Begriffe nicht getrennt gebraucht wurden. Der Begriff Epilepſie bzw. epileptiſch wurde ſowohl zur Bezeichnung von Krankheitsſymptomen wie auch von Krankheitsformen gebraucht. Desgleichen iſt es die Rechtſprechung der Erbgeſundheitsgerichte, die eine grundſätzliche Entſcheidung verlangt, wieweit man von erblicher Fallſucht oder von ſymptomatiſcher Epilepſie ſprechen kann, zumal nach den neueren Arbeiten von Stander und anderen der Begriff der erblichen Fallſucht ſich auch auf die bisher unter der Bezeichnung von Jackſonſchen Anfällen als ſymptomatiſche Epilepſie angeſehenen Erkrankungsfälle erſtrecken wird. Handelt es ſich doch nach dieſen Anſichten nicht mehr nur um einen Erkrankungsfall mit den Symptomen der epileptiſchen Anfälle, ſondern tragen ſie in ſich die epileptiſche Konſtitution, die Veranlagung zu Krampfanfällen, ohne die es — natürlich ausgenommen die Fälle von Narbenverſchluß der Liquorwege, traumatiſchen Cyſten, Abszeſſen uſw. — nie zur Auslöſung von Krampfanfällen kommen kann und kommen wird. Die große Rolle, welche dieſe neuen Erkenntniſſe ſpielen werden, geht klar daraus hervor, daß heute noch bei Annahme echter Jackſon-Anfälle die Unfruchtbarmachung der davon Betroffenen abgelehnt werden kann, zumal die bisherige Anſicht dahinging, daß es ſich dabei um ein erworbenes

auch in der Anlage nicht vererbbares Leiden handele. Es würde völligen Wandel in der Rechtſprechung bedeuten und manche Verfahrenswiederaufnahme unnötig machen, wenn unter Berückſichtigung dieſer Konſtitutionslehre, auch in dieſen Fällen auf Unfruchtbarmachung ſchon im erſten Verfahren erkannt würde; denn an der Beurteilung der Krampfanfälle ob genuin oder ſymptomatiſch, ſind nicht nur die Kranken ſelbſt, ſondern auch die Familien intereſſiert. Infolgedeſſen beſteht bei den Betroffenen und ihren Familien vielleicht ganz beſonders der begreifliche Wunſch, jede Schädelverletzung, wann auch immer ſie paſſiert ſein mag, jeden auch noch ſo kleinen Unfall, jede auch noch ſo geringfügige Hautabſchürfung links oder rechts am Kopf ausfindig zu machen und ihr die Schuld für die plötzlich auftretenden Krampfanfälle beizumeſſen und für die einwandfreien generaliſierten Anfälle zu beſchuldigen.

Die Schwierigkeiten, denen die Rechtſprechung z. Zt. noch begegnet zu ſchildern, ſoll die Abhandlung des nachſtehenden Falles L. W. dienen.

L. W., geb. am 26. 9. 1915 in Würzburg kam am 29. 12. 38 in die Pſych. und Nervenklinik der Univerſität Erlangen zur Begutachtung, nachdem am 22. 11. 38 das Erbgeſundheitsgericht den Beſchluß erlaſſen hatte, ihn zur Vorbereitung eines Gutachtens dorthin einzuweiſen. Er blieb zur Beobachtung in dieſer Abt. bis zum 11. 1. 39.

Familienanamnetiſch beſtand kein Hinweis auf irgendeine erbliche Belaſtung. Eine eingehende erbbiologiſche Nachforſchung konnte ebenfalls keinen Anhaltspunkt dafür erbringen.

Der Vater des W. ſtarb mit 49 Jahren. Wie von der Krankenfürſorgeabtl. des ſtädt. Wohlfahrts- und Jugendamts ausgeführt wurde, an einem Magenleiden. Auch die Mutter ſoll magenleidend ſein; ſie mache einen zarten „nervöſen“ Eindruck.

Nach Angaben des Bruders von W., der dieſen in die Klinik Erlangen begleitete, war in der Familie kein Fall von Nerven- oder Geiſteskrankheit bekannt geworden. Der Vater ſtarb 1931 an Magenkrebs. Er war launiſch, leicht erregbar und gleich zornig. Die Mutter dagegen war mehr ausgeglichen, von jeher geſund. Auffallende Charaktere in der weiteren Verwandtſchaft,

Fälle von Selbſtmord, Trunkſucht und dergleichen ſind ebenfalls nicht bekannt.

W. ſelbſt hat außer Maſern in der Kindheit nie in ſeinem Leben eine ernſtere Krankheit durchgemacht. Am 11. 11. 31 erlitt er einen Verkehrsunfall, indem er geblendet von einem entgegenkommenden Fernlaſtzug gegen einen unbeleuchteten Möbelwagen mit dem Fahrrad anfuhr. Dieſer Unfall wird von der Mutter in dem Krankenblatt der med. Klinik Würzburg aus dem Jahre 1935 folgendermaßen geſchildert. W. ſei im Herbſt 1930 oder 31 mit dem Rad auf ein parkendes Auto gerannt, nachdem er von einem entgegenkommenden Wagen geblendet worden ſei. Er ſei bewußtlos geweſen; anſchließend ſei es auch zum Erbrechen gekommen. Am nächſten Tage nach dem Unfall habe er wieder gearbeitet. — Bezüglich des Unfalls wurde von dem Bruder des W. folgendes ausgeführt: W. ſei im Jahre 1933 mit dem Rad an einen Möbelwagen gerannt. Er ſoll bewußtlos nach Hauſe gebracht worden ſein und geröchelt haben. Am nächſten Tage beſtand angeblich noch ſtarkes Unwohlſein. Wielange er dann zu Hauſe geblieben war, weiß der Bruder nicht; jedenfalls ging er nach einiger Zeit wieder ins Geſchäft.

Der erſtbehandelnde Arzt, Dr. Brod Würzburg, der vom Erbgeſundheitsgericht über den Unfall befragt wurde, fand in ſeinen Büchern über W. und ſeinen Unfall keine Aufzeichnungen und verwies zur Feſtſtellung der Diagnoſe an die Ortskrankenkaſſe in Würzburg. Von dieſer wurde in Erfahrung gebracht, daß W, am 11. 11. 31 einen Radunfall hatte und vom 11. 11. — 15. 11. 31 unter der Diagnoſe „Quetſchwunden an der rechten Stirnſeite und des Schädeldaches, Gehirnerſchütterung“ als arbeitsunfähig geſchrieben war. Der nächſtbehandelnde Arzt, Dr. Holler, Facharzt für innere Krankheiten in Würzburg, berichtet in ſeinem Schreiben vom 20. 9. 36 an das Erbgeſundheitsgericht, daß W. von ihm am 20. 11. 31 auf Veranlaſſung von Dr. Brod unterſucht wurde. Es habe ſich kliniſch eine Kontuſſion der rechten Stirnſeite mit Schwellung und Schürfwunde gefunden. Das Röntgenbild habe den Verdacht einer Infraktion nicht beſtätigt. Zeichen einer Gehirnverletzung oder Gehirnquetſchung hätten nicht vorgelegen. Ob die Verletzung durch den Anprall an einen Möbelwagen erfolgt ſei, könne er nicht angeben.

Die damalige Lehrfirma Chr. Röſch aus Würzburg äußerte ſich beſonders erwähnenswert über den Unfall: Die Firma hat von dem am 11. 11. 31 erlittenen Unfall erſt vor ca. 1 1/2 Jahren Kenntnis erhalten und zwar durch die Verſicherungsbehörde, die an das Handelsgeſchäft mit dem Erſuchen herantrat, nachträglich die Unfallsanzeige bei der Berufsgenoſſenſchaft einzureichen. Der Firma war über den Unfall nur ſoviel erinnerlich, daß W. am Vormittag nach dem Unfall ärztliche Hilfe (Dr. Brod) in Anſpruch nahm und im übrigen ſeinen geſchäftlichen Obliegenheiten nachgekommen iſt. Die Firma weiſt in ihrem Schreiben noch darauf hin, daß W. nach ihrer Auffaſſung geiſtig zurückgeblieben, zerfahren und leicht vergeßlich ſei; er ſei dementſprechend nur mit leichten Arbeiten beſchäftigt worden. Eine Wandlung ſeiner geiſtigen Verfaſſung wurde von der Firma nach dem Unfalle nicht bemerkt. Seine geſchäftliche Brauchbarkeit ſoll kaum den Durchſchnitt erreicht haben.

In der Schule zeigte W. mittelmäßige Leiſtungen, blieb nie ſitzen. Nach der Schulentlaſſung kam er in die kaufmänniſche Lehre zur Firma Chr. Röſch, Würzburg. Als Lehrling war er dort vom 15. 4. 30 — 1. 10. 32 und weiterhin als Volontär bis zu ſeinem Eintritt in den Reichsarbeitsdienſt Ende Auguſt 1934. Nach der Entlaſſung aus dem Arbeitsdienſt betätigte er ſich als Kaufmannsgehilfe in verſchiedenen Stellen. Seit 1. 9. 38 iſt er bei der Wehrmachtsfürſorgeſtelle in Würzburg beſchäftigt.

Den 1. Anfall erlitt er am Neujahrstag 1935; nachdem er in der Neujahrsnacht viel geraucht und getrunken hatte, fiel er am Morgen beim Waſchen plötzlich um; erſt ſei er rot, dann ganz blaß im Geſicht geworden; Zuckungen ſeien nicht aufgetreten. Wegen Kopfſchmerzen lag er dann den ganzen Tag im Bett. Vom 9. 9. — 18. 9. 35 befand er ſich in der med. und Nerven-Klinik Würzburg, wohin er verbracht worden war, nachdem er auf der Straße von einem epileptiſchen Anfall überraſcht wurde. Nach einer Mitteilung von Prof. Schaltenbrand an das Erbgeſundheitsgericht, wurden dort 2 typiſche epileptiſche Anfälle mit Zungenbiß, Pupillenſtarre und Schaumaustritt aus dem Munde beobachtet. Ein Anhalt für eine traumatiſche Epilepſie hat ſich anamnetiſch nicht finden laſſen; auch die Encephalographie ergab keinen Anhalt für ſymptomatiſche Epilepſie.

Nach Meinung von Prof. Schaltenbrand handelte es ſich nach allem um eine echte gemeine Epilepſie. Im Krankenblatt des W. aus dem Jahre 1935 von der med. Klinik Würzburg, das dem Erbgeſundheitsgericht Bamberg auf deſſen Erſuchen überlaſſen wurde, heißt es, daß er 2 epileptiſche Anfälle erlitt, wobei er ſich auf die Zunge biß, Schaum vor den Mund trat und mit den Armen und Beinen um ſich ſchlug. Neurologiſch beſtand außer einem Nyſtagmus kein krankhafter Befund. Die Encephalographie ergab ein normales Ventrikelbild. Im Liquor fand ſich eine geringe Eiweißvermehrung, der Liquordruck war nicht erhöht; es fanden ſich 5/3 Zellen und es beſtand ein geringer Ausfall der Maſtixreaktion im 2.—4. Röhrchen. In Anbetracht der typiſchen Anfälle und des ganz neg. Befundes hielt die med. Klinik das Krankheitsbild für gemeine Epilepſie.

Am 24. 9. 35 ſtellte der Bezirksarzt von Würzburg Antrag auf Unfruchtbarmachung wegen erblicher Fallſucht. Der Amtsarzt wies in ſeinen Antrag auf eine eigentümliche Erſchwerung des Erinnerungsvermögens und Denkverlangſamung hin. Im körperlichen Befund erwähnt der Amtsarzt, daß auf der rechten Stirnbeinſeite eine Knochendelle und am rechten Augenbrauenbogen eine belangloſe Hautnarbe ſich befindet.

In der Sitzung des Erbgeſundheitsgerichtes vom 8. 9. 36 wurden von W. und ſeiner Verteidigung die Anfälle auf den Radunfall im November 1931 zurückgeführt. Da bisher in den Anzeigen von dieſem Unfall keine Erwähnung getan war, werden nun genauere Erkundigungen eingezogen. Das Ergebnis wurde bereits oben beſchrieben. Auf dieſe neuen Feſtſtellungen hin lehnte das Erbgeſundheitsgericht in ſeinem Beſchluß vom 10. 12. 36 den Antrag auf Unfruchtbarmachung des W. ab. Das Gericht hat ſich ſelbſt, wie es in dem Beſchluß heißt, davon überzeugt, daß an der gleichen Stelle der ärztlich behandelten Kopfverletzung noch eine Narbe zu finden ſei und darunter eine Knochendelle ſich feſtſtellen laſſe. Unter abwägender Würdigung aller Umſtände kam das Gericht zu dem Beſchluß, daß die Anfälle auf eine ſchwere traumatiſche Hirnſchädigung infolge des Unfalls zurückgehen. Auch die Anſicht von Prof. Schaltenbrand in ſeinem 2. Schreiben vom 9. 11. 36 an das Erbgeſundheitsgericht iſt in der Urteilsbegründung angeführt. Prof. Schalten-

brand äußerte sich dahingehend, daß W. bei seinem Aufenthalt in der med. Klinik über ein von ihm durchgemachtes Kopftrauma zwar nichts angegeben habe; da jedoch auf Grund der objektiven ärztlichen Feststellungen die Angaben der Mutter über eine Gehirnerschütterung mit Bewußtlosigkeit an dem betreffenden Tage sehr wahrscheinlich richtig seien, so ändere sich natürlich die Beurteilung des Falles. Es müsse durchaus mit der Möglichkeit gerechnet werden, daß die Anfälle durch eine traumatische Hirnschädigung entstanden seien. Prof. Schaltenbrand hält diese Möglichkeit zwar nicht für wahrscheinlich, das Gericht wendet aber dagegen ein, daß nach einer traumatischen Hirnschädigung generalisierte Anfälle nicht unmöglich sind. Eine Encephalographie gebe nicht immer einen zuverlässigen Aufschluß; außerdem sei für die Schwere eines Unfalls in 1. Linie die Art der Verletzung maßgebend, deren Narbe hier darauf hindeute, daß der Schädeldachknochen stärker in Mitleidenschaft gezogen worden sei.

Auf Grund des Beschlusses des Erbgesundheitsgerichts vom 10. 12. 36 machte W. bei der Berufsgenossenschaft für den Einzelhandel, Reichsunfallversicherung in Berlin Entschädigungsansprüche für den die Epilepsie bedingenden Unfall vom 11. 11. 1931 geltend. In der Sitzung des Oberversicherungsamtes Würzburg vom 16. 8. 38 wurde der Beschluß gefaßt, die Unfall- und Rentensache auszusetzen und nochmals zu überprüfen, ob die Knochendelle bzw. das Leiden des W. mit Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückgehe.

In seinem ärztlichen Gutachten in der Unfallsversicherungssache des W. vom 23. 3. 38 kam Dr. Nahrath vom Juliusspital Würzburg zu dem Ergebnis, daß bei W. weder eine traumatische noch überhaupt eine Epilepsie vorliege. Die Anfälle werden als einwandfrei hysterisch bezeichnet. Aus diesem Gutachten sind noch folgende Einzelheiten bemerkenswert: An der Stirn rechts fand sich bei dieser Untersuchung im Jahre 1938 eine leicht eingedellte Stelle. Auch im Röntgenbild war eine leichte Eindellung des Knochens nach innen zu sichtbar. Laut Darlegung wollte W. unter allen Umständen operiert werden. Er klagte über dauernde Kopfschmerzen. Nach den bis dahin vorliegenden Untersuchungsergebnissen ließ sich eine Schädigung des Gehirns, wie es in den Gutachten heißt, nicht mit ganzer Sicherheit

ausschließen und deshalb wurde am 22. 11. 37 im Juliusspital Würzburg tatsächlich operiert. Bei der Operation fand sich an den den Schädel bedeckenden Weichteilen nichts, was die geklagten Beschwerden erklärt hätte. Der Schädelknochen war „etwa in Zweimarkstückgröße ganz leicht eingedellt. Die Schädelhöhle wurde geöffnet, das eingedellte Knochenstück gehoben." Es stellte sich bei der Operation weiterhin heraus, daß auch nach Innen sich eine unbedeutende schwache Vorwölbung zeigte; krankhafte Verwachsungen zwischen dem Schädeldach und der harten Hirnhaut bestanden jedoch nicht. Nach Eröffnung der harten Hirnhaut fanden sich weder krankhafte Veränderungen zwischen harter und weicher Hirnhaut, noch solche am Gehirn selbst.

Der Gutachter hielt die Anfälle deshalb für hysterisch, weil ärztlicherseits 2 solche beobachtet wurden, für die folgendes als charakteristisch angeführt wird: W. lag wie bewußtlos mit verkrampften Händen und Armen und zurückgebogenem Kopfe im Bett. Er reagierte auf scharfe Anrufe, ließ sich im Bett aufrichten und auf den Bettrand setzen. Im freien Stand sackte er während dieses Zustandes langsam zusammen, verletzte sich nicht dabei. Plötzlich beginnende Krämpfe des Halses, der Beine und Arme hörten auf scharfe Anrufe hin auf. Die Pupillen reagierten, wie es heißt, ausgezeichnet. Am Schluß der Begutachtung heißt es, daß als Folge des Unfalls sich lediglich eine „belanglose" Knochendelle am Schädeldache vorfand; W. hätte sich an diese objektiv belanglose körperliche Veränderung seelisch festgeklammert und daran seinen hysterischen Charakter mit den hysterischen Anfällen entwickelt. —

Auf Grund des Gutachtens des Juliusspitals zog W. seine Entschädigungsansprüche zurück.

Am 25. 3. 38 stellte W. den Antrag auf Gewährung von Ruhegeld wegen Berufsunfähigkeit. Als Grund dafür führte er die „Folgen der Schädeloperation" an.

Der von der Reichsversicherungsanstalt daraufhin zunächst befragte behandelnde Nervenfacharzt Dr. Gerz äußerte sich dahin, daß es sich bei dem Leiden des W. wahrscheinlich um eine gemeine Epilepsie handele. Dr. Gerz hielt W. seit August 1937 um 50% arbeitsbeschränkt.

Für die Reichsversicherungsanstalt erstattete am 5. 5. 1938

Prof. Reichardt, Würzburg ein Gutachten. Er kommt darin zur Feststellung, daß es sich bei W. mit hinreichender Sicherheit um eine anlagemäßige Epilepsie handelt. Prof. R. hielt W. namentlich durch die erheblichen psychischen Veränderungen zu wenigstens 60% erwerbsbeschränkt; er bejahte auch die Frage nach der Berufsunfähigkeit. Zum Schlusse wies Prof. R. in seinem Gutachten darauf hin, daß er nochmals Anzeige wegen erblicher Fallsucht stellen werde, zumal durch die Operation erwiesen war, daß das unter der Knochendelle liegende Gehirn traumatisch in keiner Weise geschädigt war. Die schon 1935 vorhandenen gewesenen psychischen Erscheinungen sind seiner Ansicht nach charakteristisch für erbliche Fallsucht.

Durch Beschluß des Erbgesundheitsgerichts vom 1. 9. 38 wurde das Verfahren wegen Unfruchtbarmachung wieder aufgenommen, der Beschluß des Erbgesundheitsgerichtes vom 10. 12. 36 aufgehoben und entschieden, daß W. unfruchtbar zu machen sei.

Gegen diesen Beschluß ließ W. durch einen Rechtsanwalt Beschwerde am 29. 9. 38 einlegen. Zur Begründung der Beschwerde wurde angeführt, daß die Anfälle laut Gutachten des Juliusspitals als hysterisch und als Folge des Verkehrsunfalls vom 11. 11. 31 aufzufassen seien. Nach dem Unfall sei er mehrere Stunden bewußtlos gewesen. Der erstbehandelnde Arzt habe dem Verletzten gegenüber geäußert, daß die Verletzung sehr schwer sei, er könne sich freuen, mit dem Leben davongekommen zu sein. 8 Tage nach dem Unfall, so führte der Rechtsanwalt in seinem Schreiben aus, habe W. obschon noch schonungsbedürftig, die Arbeit voll aufgenommen und so in hohem Maße die Heilung beeinträchtigt. Aus den gleichzeitig beigegebenen Zeugnissen geht hervor, daß W. in der Schule lauter entsprechende Noten hatte. Seine Leistungen auf seinen verschiedenen Arbeitsplätzen wurden durchweg als zufriedenstellend bezeichnet. — In dem 2. Beschwerdeschreiben des Rechtsanwaltes des W. vom 10. 10. 38 an das Erbgesundheitsgericht wird u. a. darauf hingewiesen, daß W., wie die vorgelegten Zeugnisse beweisen, den ihm übertragenen Aufgaben vollauf genügte. Nach der schweren Schädeloperation sei W. mit einer gewissen Gedächtnisschwäche behaftet; diese Schwäche sei nur auf die Operation zurückzuführen.

Bei der Aufnahme und Beobachtung des W. in die Psych. Klinik Erlangen wurde folgender Befund erhoben:

In körperlicher Hinsicht hat sich wie auch schon früher kein auffallend krankhafter Befund erheben lassen. W. ist 168 cm groß und wiegt fast unbekleidet 59 kg. Sein Aussehen ist blaß. Im Gesicht besteht ein Ausschlag in Form von zahlreichen — Pusteln und — Knötchen. Sonst keine Exantheme, auch keine Ödeme. Der Kopf ist normal configuriert, über der reechten Stirnseite besteht angeblich leichte Klopfempfindlichkeit. Druckempfindlichkeit wird nirgends angegeben; auch die Nervenaustrittspunkte sind frei. Auf der re. Stirnseite ist, beginnend etwa an der Stirnhaargrenze und im halbkreisförmigen Verlauf nach rückwärts ziehend, eine deutlich Einkerbung des Knochens fühlbar; im Röntgenbild, das im übrigen normale Knochenkonturen aufweist, ist die (Operations)-Narbe als ein deutlicher breiter Knochendefekt zu erkennen. Die Pupillen reagieren beide prompt auf Lichteinfall und Nahesehn, sie sind gleichweit und rund. Der Augenhintergrund ist von normaler Zeichnung und Färbung. Die Gesichtsinnervation ist annähernd symmetrisch, links wird das Gesicht vielleicht etwas weniger innerviert als rechts. Geruch und Geschmack sind in Ordnung; auch die Gehörfunktion zeigt sich bei grober Prüfung nach keiner Seite gestört. Die Funktion der übrigen Gehirnnerven ist ebenfalls intakt. Von Seiten der inneren Organe und bezüglich der Motilität, der Sensibilität und der Reflexe bestehen normale Verhältnisse.

Der Urin ist frei von Eiweiß und Zucker und anderen krankhaften Formbestandteilen; die Temperatur war mit Ausnahme von 3 Tagen, während derer W. eine Ang. follicularis hatte, stets normal.

In psychischer Hinsicht zeigte sich, daß W. über Ort, Zeit und Person orientiert ist. Er geht auf die gestellten Fragen bereitwillig ein und bemüht sich, einigermaßen richtige Antworten zu geben. Es zeigt sich, daß er allerdings sehr häufig selbst einfache Fragen nicht gleich versteht, da er nur langsam auffaßt. Seine erschwerte Auffassung äußert sich in der Assoziationsprüfung ganz besonders deutlich, so z. B. wenn W. auf das Reizwort Nahrung oder Knochen oder Erde kaum eine Antwort findet und erst nach 6 oder 8 oder 14 Sekunden mit einer erklärenden Reaktion antwortet. Wie die Intelligenzprüfung gezeigt hat, ist W. auch geistig schwerfälliger und langsam und versagt oft grund-

legend. Sein Schul- und Allgemeinwissen ist sehr lückenhaft. Er weiß z. B. nicht wer Ludendorf war (meint, er sei der Gründer der evangelischen Kirche gewesen), er kennt nicht die Erdteile und glaubt, es gebe 7 solche. Er weiß nicht was ein Schaltjahr ist; über die neueren geschichtlichen Ereignisse weiß er nur unvollkommen Bescheid. Nach seiner Meinung hat sich die Machtübernahme durch den Nationalsozialismus im Jahre 1923 vollzogen. Unter Sudetendeutschland versteht er die Tschechoslowakei. Das Rechnen gelingt zwar im großen und ganzen richtig, doch braucht er dazu sehr lange. Bei eigentlichen Verstandesfragen zeigt sich ganz besonders die geistige Unbeholfenheit und Schwerfälligkeit. Er besitzt wohl noch ein gewisses Urteils- und Kombinationsvermögen, seine Denkleistungen sind jedoch denkbar primitiv und dürftig. Den Unterschied zwischen Irrtum und Lüge erklärt er beispielsweise folgendermaßen: „Irrtum ist das, wenn einer etwas spricht und er weiß nicht bestimmt und er sagt es doch. Lüge ist das, wenn einer etwas bestimmt weiß und er sagt, obwohl es falsch ist". Derartige Antworten zeigen gleichzeitig auch seine Weitschweifigkeit und Umständlichkeit im Denken auf. Bei der Unterschiedsfrage (Kind — Zwerg) ist seine Antwort ähnlich pedantisch: Ein Kind hat für die späte Zukunft ein großer, starker Mann zu werden und ein Zwerg, das ist eben ein Mensch, der eine kleine Figur bekommt. Ein Zwerg wird nie so groß wie ein Mensch, wie ein gewöhnlicher." Satzbildungen aus 3 Substantive gelingen einigermaßen richtig, wenn auch die gebildeten Sätze manchmal keinen besonders guten Sinn ergeben. Sprichworterklärungen werden nicht nach ihrem tieferen Sinn und in ihrer übertragenen Bedeutung, sondern nur mit etwas anderen Worten wiedergegeben. Z. B. das Sprichwort (Unrecht Gut gedeiht nicht) „Das unrechte Gut, das ein Mensch im Besitz hat und ihm nicht gehört, das kann sich niemals fortpflanzen und gedeihen." Oder (Wie man in den Wald ruft, so schalt es heraus) „Wenn man in den Wald Schimpfworte schreit, so kommen Schimpfworte wieder zurück." Das Gedächtnis und die Merkfähigkeit sind, wie sich bei der Erzählung des Lebenslaufes, beim Nachsprechen von 6 und 7-stelligen Zahlen usw. herausgestellt hat, nicht sonderlich beinträchtigt. Was das allgemeine Verhalten des W. betrifft, so zeigten sich während des Klinikaufenthaltes

keine auffallenden Stimmungsschwankungen; er war immer ruhig, freundlich und zuvorkommend. Er erschien hier zwar etwas stumpf, hatte trotz stundenlangem untätigem Herumstehens kein Langweilegefühl, andererseits war er aber auch nicht ausgesprochen nachlässig und gleichgültig. Um seine Zukunft hat er sich wiederholt besorgt geäußert und wegen seiner derzeitigen Stellung, die er nicht verlieren will, oft um seine baldige Entlassung aus der Klinik gebeten.

In dem beschriebenen Falle W. ist eine ausführliche differenzialdiagnostische Begutachtung durch die Stellungnahme verschiedener Ärzte schon vorweggenommen. Sowohl Encephalographie wie auch örtliche Besichtigung der vermeintlichen druckgeschädigten Hirnpartie nach Trepanation trugen zur völligen Klärung des an sich klaren Falles bei. Man kann sagen, daß nichts unterlassen wurde, um die Art der Erkrankung nach allen Regeln der Kunst festzustellen.

Bei L. W. handelt es sich zweifellos um organisch bedingte cerebrale Krampfanfälle. Seine Anfälle wurden in Krankenhäusern vom geschulten Personal beobachtet und alle Beobachtungen schildern sie jedesmal als typische generalisierte Anfälle. Sowohl bei der 1. Einlieferung ins Luitpoldspital Würzburg wie auch bei der Erlanger Beobachtung wurden diese Anfälle ausführlich beschrieben mit Zungenbiß, tonischen und klonischen Krämpfen, Schaumbildung vor dem Munde, Pupillenstarre, völlige tiefe Bewußtlosigkeit, unfreiwilligem Urinabgang, anschließender Schlafsucht und mangeldem Erinnerungsvermögen. Bei keinem dieser Anfälle war irgend etwas vermerkt, daß eine bestimmte Körperregion zuerst betroffen gewesen sei, nirgends findet sich ein Hinweis, daß in einer Extremität oder in der Gesichtsmuskulatur oder an einer sonstigen Körperstelle aufgetretene Zuckungen den Eintritt des großen Anfalls eingeleitet hätten. Wenn auch bei eingehender erbbiologischer Nachforschung in der Familie keine erbliche Belastung nachgewiesen werden konnte, so spricht das in keiner Weise dagegen, daß der Erbgang eben bisher verdeckt war.

Nach H. Luxenburger: Psychiatrische Erblehre, würde man einen grundsätzlichen Fehler begehen, die Annahme der Erblichkeit davon abhängig zu machen, daß keine äußeren Ursachen für die Erkrankung bekannt sind.

Angeborene Leiden können entſtanden ſein

1. durch Vererbung. Hier iſt die Erbanlage die Hauptſache Außeneinflüſſe bilden eine untergeordnete Rolle, ſind jedoch nicht auszuſchließen. Das Leiden iſt ererbt und vererbbar.

2. durch Schädigung der Keimzelle, wobei eine Mutation ſtattgefunden hat; es handelt ſich hierbei um eine Keimſchädigung; dieſes Leiden iſt nicht ererbt aber vererbbar.

3. durch Schädigung der Keimzellen ohne Mutation; hierbei handelt es ſich um Keimzellenſchädigung. Dieſes Leiden iſt weder ererbt noch vererbbar.

4. durch Fruchtſchädigung intrauterin; das Leiden iſt weder ererbt noch vererbbar, kann aber eine Dauermodifikation bewirken.

5. durch Verletzung oder andere Schädigung während der Geburt; dieſe Geburtſchädigung iſt weder ererbt noch vererbbar.

Im Falle W. kommen nur die beiden erſten Möglichkeiten in Frage. Da die Möglichkeit des Nachweiſes äußerer Urſachen ebenſo wandelbar iſt wie der „äußere Charakter“ eine Urſache, würde man die Erbbedingtheit, die etwas biologiſch Feſtſtehendes iſt, einer ſtändigen Wandlung nach Grad und Art ausſetzen, Man kann deswegen nur annehmen, daß das epileptiſche Syndrom aus Anlagen von abgeſtufter und im Einzelfall völlig verſchiedener Penetranz herauswächſt. Das epileptiſche Syndrom iſt der ſichtbar in Erſcheinung tretende Ausdruck der epileptiſchen Veranlagung bei den einzelnen Krankheitsträgern. Einerſeits gibt es Epilepſien, bei denen Außeneinflüſſe überhaupt keine oder nur eine unweſentliche Bedeutung haben, andererſeits ſolche, die nur dann ſich als Epilepſien zu erkennen geben, wenn ſtarke und ganz beſtimmte Reize den Träger der Erbanlage treffen. Es muß ſich dabei nach einer errechneten Manifeſtationsſchwankung von nur 4% um Anlagen von größter Penetranz handeln; denn ſie ſprechen bereits auf Außenreize an, die im einzelnen wohl nicht bekannt doch jeden Menſchen im Laufe des Lebens treffen dürften. Möglicherweiſe hat man mit verſchiedenen Auftretungsgraden der Krankheitsveranlagung zu rechnen, mit Fällen geringer Penetranz oder geringer Valenz.

In dieſer gleitenden Reihe von Epilepſien gibt es ſolche, bei denen die Anlage und ſolche, bei denen die Umwelt die beſtimmende urſächliche Rolle ſpielen. Darnach dürfte es wohl

klar sein, daß eben die Anlage erbbedingt ist, daß Ursachen zwischen genuiner und symtomischer Epilepsie, nur in der auslösenden äußeren Ursache bestehen.

Aber auch hier ist ein grundlegender Unterschied zu beachten zwischen einem Trauma als auslösendem Moment und genuiner Entstehung.

Für die Annahme einer traumatischen Verursachung der epileptischen Anfälle ist unbedingt der Nachweis erforderlich, daß wirklich ein echtes Schädeltrauma stattgefunden hat. Darüber hinaus fordert die Mehrzahl aller Autoren für die Annahme einer traumatischen Epilepsie eine besonders schwere Hirnläsion und rechnet Epilepsie nach „einfacher Gehirnerschütterung" zu den größten Seltenheiten. Sowohl was den Zeitpunkt des Traumas angeht wie auch die Schwere der Verletzung sind hierbei eingehend nach schärfstem Maßstabe zu prüfen. Stauder weist in der Einleitung zu seiner Schrift: Konstition und Wesensänderung der Epileptiker auf Brauns: Akute, vorübergehende Epilepsie hin. Und schreibt: es ist bekannt, das frühepileptische Anfälle nach einem Trauma meist eine gute Prognose haben; daß sie häufig um so schlechter werden wird, je größer das Interwall zwischen Trauma und 1. Anfall ist . . . Schlechte Prognose heißt, daß die Anfälle nach dem Symptomengeplänkel des Antangs immer wieder kommen, sich häufen können, sich mit Ausnahmezuständen und Äquivalenten kombinieren, um häufig in die epileptische Wesensänderung auszumünden; kurz schlechte Prognose heißt hier, chronischer destruierender Verlauf, der dem der genuinen Epilepsie meist zum „Verwechseln" gleicht. Aus diesen empirischen Regeln und aus den klinischen Beobachtungen drängt sich der Zweifel auf, es könnten viele von den später auftretenden Epilepsien nach Trauma mit chronisch-destruierendem Verlauf vielleicht gar keine symptomatische, sondern vielmehr genuine Epilepsien sein. Denn was anderes denn nicht weitgehende Unabhängigkeit von der vermeintlichen Ursache soll der Umstand bedeuten, daß solche epileptischen Verläufe oft Jahre, ja selbst Jahrzehnte nach einem Trauma auftreten. Nach Bumke sind Jackson-Anfälle wie folgt charakterisiert: Oft geht ihnen eine charakteristische Aura in dem Körperabschnitt voraus, der dem gereizten Rindengebiet entspricht; dann folgen, ohne

vorausgegangene tonische Starre, Krämpfe in demselben Abschnitt, die erst allmählich in gesetzmäßiger Reihenfolge, der Einteilung der motorischen Rinde entsprechend, auf die übrige Muskulatur übergreifen; und schließlich bleiben häufig Ausfallserscheinungen und Lähmungen oder wenigstens gesteigerte Sehnenreflexe, Babinsky, Fußklonus usw. in dem Gebiete zurück, dessen Rindenvertretung betroffen worden ist. Liegen alle diese Anzeichen vor, so wird es sich kaum je um echte Epilepsie handeln. Die Anschauung, daß Jackson-Anfälle nicht bei der genuinen Epilepsie vorkommen, entspricht nicht den heutigen Erkenntnissen über die erbliche Fallsucht. Den Jackson-Anfall verbinden sehr viele Uebergänge mit dem sog. echten großen epileptischen Anfall. Er wird keineswegs nur durch anatomisch nachweisbare Veränderungen in den entsprechenden motorischen Regionen des Gehirns verursacht, sondern in vielen Fällen durch nicht in derselben Weise zu bestimmende, lokal wirkende Einflüsse auch bei der genuinen Epilepsie. Setzt man echte Jackson-Anfälle voraus, so gibt uns das zwar einen möglichen Hinweis auf den Ort, nicht aber auf die Art der Erkrankung. Wieder nach Bumke müssen wir mit der Möglichkeit rechnen, daß auch die Gehirnvorgänge bei genuinen Epileptikern an bestimmten Stellen der Rinde besonders stark anschwellen können. Sicher ist jedenfalls, daß auch sie gelegentlich halbseitige Krämpfe bekommen; sogar ein Status hemi-epilepticus ist bei ihnen beschrieben worden. Weiter werden familiäre Rindenkrämpfe vor Rulf und Mendel beschrieben. Das Symptom der Jackson-Anfälle schließt eine erhebliche Fallsucht durchaus nicht aus. Im Falle L. W. wurde wohl festgestellt, daß einmal ein Unfall mit Kopfverletzung stattgefunden hat. In keiner Weise ist aber erwiesen, daß die später erwähnte Knochendelle an der re. Schädelseite damit im Zusammenhang steht. Herr Dr. Holler, Würzburg verneint auf Grund seiner röntgenologischen Untersuchung gleich nach dem Unfall eine Infraktion des Schädels. Leider ist nicht mitgeteilt, ob die Röntgenaufnahme wegen der Knochendelle angefertigt wurde oder ob man überhaupt nur vermutete, daß eine Infraktion entstanden sein könnte. Die Annahme, daß diese Knocheneindellung schon von Geburt aus bestanden hat, ist nach Lage der Dinge wohl sehr berechtigt. Vielleicht entstand sie

beim Geburtsvorgang, vielleicht schon intrauterin, möglicherweise, aber mit sehr geringer Wahrscheinlichkeit auch bei dem Unfall. Erst durch die, man möchte fast sagen, unglückselige ärztliche Feststellung dieser Impression kam es überhaupt zur Verwirrung in dem sonst klaren Krankheitsbild, bei dem anfänglich nie von symptomatischer Epilepsie die Rede war und auch sonst nichts dafür sprach. Nach Kreutzfeld: Klinische Vorträge im 2. erbbiologischen Kurs, Berlin, März 1936, Kapitel: Epilepsie können bei der symptomatischen Epilepsie Herderscheinungen fehlen andererseits in der Aura und im Verlaufe des Anfalles auftreten. Nach Untersuchungen von Spielmeyer und seiner Mitarbeiter führen die wiederholt umschriebenen Zirkulationsstörungen, die einwandfrei die typischen Unterlagen des Anfalls sind, zu mehr oder weniger umfänglichen Dauerschädigungen und rufen daher auch bei der genuinen Epilepsie Herderscheinungen hervor. Solche wurden aber auch nicht in einem einzigen Falle bei W. beobachtet, sodaß man wohl die Annahme der traumatischen Ursache — weiterhin noch unterstützt durch den völlig negativen Operationsbefund — ganz fallen lassen darf.

In weiterer differenzialdiagnostischer Hinsicht wurde durch das Gutachten des Herrn Dr. Nahrath die Frage angeschnitten, ob es sich nicht überhaupt nur um eine psychopathische Persönlichkeit mit Neigung zu hysterischen Reaktionen handeln könne. Die Möglichkeit der Hysterie wurde von ihm nicht nur erwogen, sondern allem Ernstes angenommen. Vorwegnehmen kann man, daß es sich nur um 2 hysterische Krampfanfälle aus Zweckmäßigkeitsgründen handelte, die im Juliusspital Würzburg beobachtet wurden.

Die Beobachtung im Juliusspital war von der Berufsgenossenschaft für den Einzelhandel, Reichsunfallversicherung in Berlin angeordnet worden und sollte feststellen, ob die geforderten Entschädigungsansprüche zu Recht bestanden. Daß in einem solchen Fall der Patient das Mitleid des Gutachters zu erwecken versucht und seine Erkrankung beweisen will, bedarf keiner ausführlichen Darlegung. Dürfte wohl die allerdings nicht sehr kluge Quintessenz der Ueberlegung gelautet haben. Bedauerlich ist dabei nur, daß der begutachtende Arzt unter völliger Außerachtlassung der Vorgeschichte und der schon beobachteten und

beſchriebenen Anfälle das ganze Krankheitsbild als Hyſterie glaubte abtun zu dürfen. Bei der geiſtigen Minderwertigkeit des W. war beſtimmt damit zu rechnen, daß in einem Rentenverfahren Uebertreibungen nach allen Seiten erwartet werden konnten. Andrerſeits bietet die Vorgeſchichte nicht den geringſten Anhaltspunkt für die Annahme einer hyſteriſchen Ueberlagerung des ſchweren Leidens. — Nach dem Unfall geht W. ohne weitere Beſchwerden ſeiner Umgebung gegenüber zu äußern, ſeiner Beſchäftigung nach, befindet ſich noch in ärztlicher Behandlung, als er ſchon wieder ſeinen Dienſt verrichtet und lebt dahin, als ob er noch nie einen Unfall ernſtlicher Art erlitten hätte. Vermutlich hat ihm auch nie jemand geſagt, daß es ſich um einen ernſten, lebensbedrohenden Unfall gehandelt hätte, ſondern die Aeußerung des erſtbehandelnden Arztes, er könne froh ſein, mit dem Leben davongekommen zu ſein, dürfte wohl erſt im Laufe der Jahre dieſen in den Mund gelegt worden ſein. Es iſt nicht gut verſtändlich, daß einerſeits der Arzt den Zuſtand ſo ſchwer beurteilte, andererſeits aber ſeine Zuſtimmung dazu gab, daß der Patient am anderen Tage oder höchſtens 3 Tage ſpäter ſeine Beſchäftigung wieder aufnähme. Gerade in dieſem Falle hätte man erwarten dürfen, daß ſowohl W. wie auch ſeine Mutter von den möglichen Folgen des Unfalls unterrichtet worden wären, um eine völlige Ausheilung abzuwarten. Weiter wäre es außer Zweifel geweſen, daß W. von Beginn der Arbeitsfähigkeit an auf Schonung gedrungen hätte, um möglichen Folgen aus dem Wege zu gehen. Davon iſt aber überhaupt weder bei der Lehrfirma noch bei ihm ſelbſt noch bei ſeinen Angehörigen eine Rede. Zwiſchen der Zeit des Unfalles und der 1. Vorladung zur Sitzung des Erbgeſundheitsgerichtes hat ſich W. nicht ein einziges Mal krank gemeldet, ſondern abſolvierte noch darüber hinaus ſeine Dienſtzeit beim Reichsarbeitsdienſt. Es iſt nicht anzunehmen, daß eventuelle Krankmeldungen verſchwiegen worden wären und gerade dieſes Fehlen ſpricht gegen die Annahme der hyſteriſchen Reaktion. Andrerſeits vermißt man in auffälliger Weiſe die Zuziehung eines Arztes, als der 1. Anfall am Neujahrsmorgen 1935 auftrat. Man begnügte ſich damit, zu wiſſen, daß dieſer Anfall oder dieſe Ohnmacht ihre Erklärung mit dem Alkohol und Nikotinabusus der vorangegangenen Silveſternacht hatte.

Sehr fraglich ist es, ob dies überhaupt der 1. epileptische Anfall war. Wenn auch die epileptischen Anfälle nicht an zyklische Vorgänge z. B. bei Frauen an die Menses gebunden sind, so finden wir doch das Gebundensein sehr häufig an einem anderen biologischen Zyklus, nämlich dem Schlaf. Sollte es in diesem Fall nicht möglich sein, daß die wirklich ersten Anfälle im Schlafe aufgetreten sind, daß nur der Alkohol und Nikotinabusus den 1. Anfall am hellen Tag bewirkt haben, wodurch den Angehörigen erst bewußt wurde, daß eine Erkrankung vorliegt? Spricht doch die Mutter selbst davon, daß sie seit 1934 eine zunehmende Reizbarkeit und Verstimmtheit ihres Sohnes bemerkt habe. Für diese Annahme könnte auch die Tatsache sprechen, daß die ersten Anfälle häufig nicht mit voller Wucht und Schwere auf die Kranken hereinbrechen, sondern in ihrem Beginne leicht verlaufen, oft in Form von Absencen, die erst bei häufiger Wiederholung von der Umgebung krankhaft empfunden werden und zur Konsultation des Arztes führen. Sie hinterlassen aber schon ihre Merkmale in einer Wesensveränderung des Kranken, der anfängt, verstimmt, gereizt und mürrisch zu werden.

Wie umstritten diese wichtige Frage der Wesensänderung bei der Epilepsie ist, obwohl sie die epileptische Konstitution und Zugehörigkeit zum epileptischen Erbkreis beweist, geht aus den beiden nachfolgend aufgeführten Urteilen der Erbgesundheitsobergerichte Jena und Kiel hervor. Sie sind entnommen aus der Zusammenstellung der Assessorin Dr. jur. M. Küper und Dr. med. H. Schade: Die erbliche Fallsucht im Lichte erbgesundheitsobergerichtlicher Entscheidung in der Beilage „Der Erbarzt" zum „Deutschen Aerzteblatt" Nr. 2 4. Jg., Berlin, 20. Februar 37: Eine Entscheigung der EOG Jena führt in 269/36 = J. W. 1936 S. 3054 Nr. 11 aus, das Ausbleiben der Persönlichkeitsveränderung sei nicht als Gegengrund gegen die Annahme einer genuinen Epilepsie anzusehen und fährt fort: die Mehrzahl der maßgebenden Psychiater sieht im Eintreten der Persönlichkeitsveränderung durchaus nicht das markanteste Zeichen der genuinen Epilepsie. Jedem Sachkenner ist zudem bekannt, daß die Persönlichkeitsveränderung sich auch sehr häufig bei einwandfreier symptomatischer Epilepsie einstellt. Daß sie erfahrungsgemäß sich

auch bei genuiner Epilepſie oft mit der Zeit langſam entwickelt, iſt ebenfalls unbeſtritten.

Ganz anders lautet eine Entſcheidung des EOG Kiel 257/35 = J. W. 1936 S. 1002, Nr. 23. Sie behandelt als Entſtehungsurſache der Fallſucht die Lues. Es heißt dort: Gegen die Annahme der genuinen Epilepſie ſpricht hier einmal die Möglichkeit der Entſtehung auf Grund einer luetiſchen Anſteckung, weiter und vor allem aber der Umſtand, daß der angeblich Erbkranke ſeinem ganzen Auftreten nach nicht den Eindruck eines Epileptikers macht. Sein pſychiſches Verhalten iſt durchaus geordnet; Läge genuine Epilepſie vor, ſo müßte bei faſt 20 jährigem Beſtehen der Epilepſie eine Perſönlichkeitsveränderung eingetreten ſein, wie eine ſolche ja gerade bei der genuinen Epilepſie am markanteſten hervortritt.

Die Weſensveränderung iſt nach den Arbeiten von Mauz, Stauder u. a. in dem epileptiſchen Charakter und der epileptiſchen Konſtitution verankert. Sie tritt ſchon oft nach den erſten Anfällen ſichtbar zutage. Die Zahl und Häufigkeit der Anfälle ſteht ſicher nicht in direkter Proportion zur Entwicklung der Weſensänderung des Epileptikers. Dagegen ſcheint die Art und Symptomatologie der Anfälle für dieſe Frage nicht gleichgültig zu ſein. Die ſymptomreichen Anfälle mit farbiger Aura und langem Nachſtadium ſcheinen beſondere Bedeutung zu haben, wie auch Dauer und Häufigkeit der Bewußtſeinsſchäden in direkter Beziehung zur Progredienz und Schwere der epileptiſchen Weſensänderung ſtehen. Stauder fand unter den ſicher exogen bedingten Epileptikern nicht einen einzigen, der typiſch weſensverändert war und kommt zu dem Schluß, daß die echte epileptiſche Weſensveränderung nur bei den Anlageepileptikern vorkommt. Anders verhält es ſich mit der Demenz. Dieſe tritt bei beiden Arten in gleichem Prozentſatz auf, rekontiert ſich allerdings bei beiden Arten aus überwiegend älteren Fällen. Verändert findet man ſie insbeſondere im Auffaſſungsvermögen, Urteils- und Merkſtörung, Verlangſamung, Haften im Denken, Umſtändlichkeit und Pedanterie; letztere iſt wohl das Ergebnis einer mangelnden, gedanklichen Modulationsfähigkeit, während die Umſtändlichkeit eine mehr oder weniger verkappte Perscovation bedeutet. Dieſer kommt die größte Rolle zu. Sie iſt das

Kernsymptom der epileptischen Wesensänderung. Eine direkte Beziehung zwischen der Zahl der überstandenen Anfälle und der Schwere der epileptischen Anfälle besteht nicht. Gerade die Wesensänderung ist von der Zahl der Anfälle weitgehend unabhängig. Fortschreitend beeinflussend auf Wesensänderung und vor allem Demenz sind die dauernden Hirnschädigungen in Form von Rindenkontussionen, die sich die Kranken im Sturz zuziehen. Während die Demenz zu ihrer Entstehung einfachere Bedingungen benötigt, nämlich als Sekundärsymptom aus einer Summation somatischer Anfallsfolgen hervorgeht, ist das obligate Symptom der gemeinen Epilepsie, die Wesensveränderung, konstitutionell begründet. Sie gedeiht nur auf dem Boden konstitutioneller Voraussetzungen, sie setzt immer eine bestimmte Anlage voraus. Diese kann nur ererbt sein. Nach C. Schneider ist die genuine Epilepsie durch positive Merkmale aus dem Heer der Anfallskranken herausgehoben. Man kann die Tatsache fast als Dogma bezeichnen, daß jeder Epileptiker früher oder später wesensverändert wird ohne aber den Schluß zuzulassen, daß es sich nicht um genuine Epilepsie handeln könne, da die Wesensveränderung fehle. In solchem Falle muß man eben untersuchen, warum der Kranke noch nicht gröber wesensverändert ist. Wesensveränderung wird bei W. von der Mutter bekundet. Das Urteil der Lehrfirma spricht nicht gegen diese Ansicht. Dem an sich nicht sonderlich begabten Jungen wird im Anfang die Lehre schwer gefallen sein. Er wird als geistig zurückgeblieben, zerfahren und leicht vergeßlich geschildert. Sollte das nicht gerade beweisend sein für seine enechetische Konstitution, seinen epileptischen Charakter? Sein wenig wendiger Verstand, sein Haften an einem vernommenen Auftrag ließ gar nicht zu, daß er einen inzwischen schon neu erteilten Befehl in sich aufnahm. Die Reaktionswelle im Hirn war noch nicht abgelaufen, als schon ein neuer Auftrag erteilt wurde. Dieser konnte natürlich nicht zur Konzeption kommen, da er an der alten Welle abprallte oder wurde nur halb aufgenommen, sodaß der zerfahrene, vergeßliche Eindruck entstand. Wurde er allerdings seinem Wesen und Charakter nach entsprechend beschäftigt, so führte er seine Aufträge leidlich sorgsam und gewissenhaft aus, was in seinen Zeugnissen stets bekundet wurde. Dem entspricht auch sein Fort-

kommen in der Schule, wo ihm ja von einer Aufgabe zur anderen genügend Zeit blieb, in seiner bedächtigen, langsamen Art das Gelehrte in sich aufzunehmen und wo ein Reiz nach dem anderen hübsch der Reihe nach den geistigen Aufnahmeapparat traf, wenn die Welle des vorangegangenen endlich abgelaufen war. Seine Wesensveränderung und seine fortschreitende Demenz sprechen heute entschieden gegen seine frühere Beurteilung der Mittelmäßigkeit, einem Maßstab, wobei mit seiner heutigen Intelligenz verglichen doch eine ganze Menge verlangt wurde. Oder glaubt man vielleicht, daß ein Junge auch von den nachsichtigsten und optimistischsten Menschen, nämlich den Eltern, noch als mittelmäßig begabt angesehen wird, wenn er nach der Schulentlassung Ludendorff für den Begründer der evangelischen Kirche erklärt? Doch wohl kaum. Man würde wohl Entschuldigungen für diese Dummheit finden, ihm und anderen aber nicht eine kaufmännische Lehre zumuten.

Fasse ich die hervortretendsten Merkmale des Falles L. W. nochmals zusammen, dann komme ich zu dem Resultat:

1. es handelte sich von Beginn an um organische Krampfanfälle;

2. Die Bedeutung des Traumas kann nicht sorgsam genug geprüft werden, sowohl was das Trauma selbst anlangt wie auch was den Beginn der Folgen betrifft und es ist stets dabei nicht nur das Symptom des Anfalles, sondern auch die gesamte Konstitution des Erkrankten in Berücksichtigung zu ziehen. Dabei ist gerade dem Trauma gegenüber aufs strengste zu verlangen, daß die Verletzung eine so schwere war, daß sie ohne weitere Diskussion für beweisend angesehen wird.

3. hysterische Anfälle sind stets besonders im Rentenverfahren zu erwarten, können aber jederzeit als solche erkannt werden. Zur Begutachtung ist aber aufmerksame Berücksichtigung des Gesamtfalles notwendig. Eine Beurteilung des Gesamtfalles als Hysterie darf aber nie geschehen, wenn einwandfrei generalisierte Anfälle schon vorher beobachtet wurden.

4. sind unbedingt die psychischen Veränderungen zu prüfen, sowohl hinsichtlich des Traumas wegen eventueller psychogener Überlagerungen wie auch nach Beobachtung von epileptischen Anfällen auf Wesensveränderungen. Im Falle W. tritt auch die

Wesensveränderung, das Kernsymptom der epileptischen Veranlagung, hervor. Die Denkverlangsamung — Perscovation — bestand schon während der Schulzeit und in der Lehre und war Veranlassung zu einer abfälligen Begutachtung durch die Lehrfirma. Die Perscovation tritt aber deutlich nach den epileptischen Anfällen in Erscheinung. Seine Umständlichkeit und seine Pedanterie zeigt sich besonders in den gestellten Unterschiedsfragen; es fehlt ihm die Modulationsfähigkeit des Ausdrucks. Andrerseits zeigt Stauder an seinem Beobachtungsmaterial, daß gerade unter den sicher exogenen Epileptikern kein einziger typisch wesensgeändert gefunden wurde; allerdings ist hier die Einschränkung zu machen, daß infolge häufig auftretender Krampfanfälle und damit unausbleiblicher sekundärer Hirnschädigungen eine allmähliche Wesenswandlung und Demenz erfolgen wird.

Nach allem Gesagten konnte es sich bei L. W. nur um erbliche Fallsucht handeln im Sinne des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses.

Die einzige mögliche Schlußfolgerung aus meinen Ausführungen ist aber die, daß die Untersuchung und Begutachtung der an erblicher Fallsucht Erkrankten unter allen Umständen nur dem Facharzt zuzuweisen sind, der aus der Vorgeschichte und den ihm zur Verfügung stehenden Untersuchungsmethoden, insbesondere aber aus seiner eigenen Beurteilung und Erfahrung heraus unter Berücksichtigung der grundlegenden neuen Erkenntnisse eine klare Diagnose zu stellen vermag, ehe durch unsachgemäßes Handeln unnötige Schwierigkeiten in der Beurteilung aufgebaut werden.

In dem speziellen Falle wäre dadurch eine zumindest kostspielige, aber auch sehr unnötige Operation überflüssig geworden.

Zum Schlusse meiner Arbeit sei es mir gestattet, Herrn Prof. Dr. Friedrich Meggendorfer, für die gütige Überlassung des Themas sowie für die liebenswürdige fördernde Unterstützung bei der Arbeit und für die freundliche Erlaubnis zur Benutzung der Bibliothek der Psychiatrischen Klinik, meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Besonderen Dank möchte ich aber auch Herrn Oberarzt Dr. Bingel zollen, der mir in freundschaftlichster Weise mit seinem Rate zur Seite stand.

Literaturverzeichnis.

Stauder, K. H.: Konstitution u. Weſensänderung der Epileptiker. Leipzig 1938.

Mauz, Friedr.: Die Veranlagung zu Krampfanfällen. Leipzig 1937.

Luxenburger Hans: Psychiatriſche Erblehre. München-Berlin 1938.

Bonhoeffer, K.: Die Erbkrankheiten. Klinische Vorträge im 2. erbbiologischen Kurs Berlin. März 1936.

Der Erbarzt: Beilage zum „Deutſchen Ärzteblatt", Leitung: Prof. Dr. O. Frhr. von Verschuer, Frankfurt a. M., Gartenstr. 140.

Lebenslauf.

Ich bin am 25. Sept. 1899 in Oberwesel a. Rh. als Sohn des prakt. Arztes Dr. Hch. Scherschlicht und seiner Ehefrau Barbara, geb. Zeis aus Lohr a. M., geboren worden.

Ich besuchte zuerst 3 Klassen der Volksschule und dann die Mittelschule in Oberwesel a. Rh. bis zur Obertertia. Weiterhin war ich auf den Gymnasien in Boppard a. Rh. und Montabaur (Westerw.). Mein Reifezeugnis erhielt ich 1917 als Soldat in Straßburg. Am Kriege nahm ich teil vom März 1917 bis zum Ende. Nach Beendigung meiner Militärzeit begann ich im Zwischensemester 1919 an der Universität Würzburg mein mediz. Studium. Nach Ablegung des Physikums studierte ich an den Universitäten Gießen und Erlangen.

Am 17. 12. 1926 bestand ich in Erlangen das Medizinische Staatsexamen.

Ende 1929 ließ ich mich in Lebach/Saar als prakt. Arzt nieder, wo ich auch heute noch meine ärztliche Tätigkeit ausübe.